



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirurgia

P-592 - ENDOPRÓTESIS TUTORIZANDO EL COLON SIGMOIDE AL APÉNDICE CECAL: ¿MITO O REALIDAD?

Choolani Bhojwani, Ekta; Labarga Rodríguez, Fernando; Bailón Cuadrado, Martín; Acebes García, Fernando; Marcos Santos, Pablo; Bueno Cañones, Alejandro; Tejero Pintor, Francisco Javier; Pacheco Sánchez, David

Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: La obstrucción colorrectal aguda se puede observar en el 7% al 29% de los pacientes con cáncer colorrectal y a menudo conduce a la necesidad de una descompresión quirúrgica de emergencia. Desde su introducción a principios de la década de 1990, el stent metálico autoexpandible (SEMS) se ha utilizado cada vez más como una opción terapéutica alternativa para la obstrucción colorrectal maligna. Debe tenerse en cuenta la posibilidad de perforación del colon como una complicación grave potencial.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 45 años que llegó a Urgencias refiriendo dolor en hemiabdomen inferior acompañado de estreñimiento de 10 días de evolución. No presenta antecedentes médico-quirúrgicos relevantes. En la exploración física presentaba un abdomen distendido y timpánico con discreta defensa voluntaria a la palpación. Se realizó una tomografía computarizada que mostró una obstrucción sigmoidea maligna sin signos de perforación. Inicialmente, se propuso al paciente un stent metálico autoexpandible (SEMS) como tratamiento puente previo a la cirugía curativa. El procedimiento endoscópico se realizó sin incidencias. Sin embargo en las siguientes horas, el paciente comenzó con empeoramiento clínico significativo. Se repitió la colonoscopia observando una alteración de la mucosa, interpretada en este contexto como una perforación intestinal. El paciente se sometió a una cirugía de emergencia, donde se objetivó el tumor de sigma perforado y fistulizado al apéndice cecal. Por lo tanto se interpretó que el SEMS estaba tutorizando sigma al el apéndice cecal. Esto podría explicar una reexpansión colónica inadecuada con una descompresión retrógrada deficiente. Se realizó resección sigmoidea quirúrgica oncológica, con extracción SEMS, y resección cecal. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y el paciente fue dado de alta a los once días desde la cirugía.

Discusión: Aunque la colocación de SEMS es mínimamente invasiva, se ha informado que esta técnica presenta una tasa general de eventos adversos de hasta el 25%, entre los que destacamos: sangrado rectal, perforación intestinal, mal funcionamiento del stent debido a una expansión, migración o re-obstrucción. Una de las complicaciones más graves es la perforación intestinal. Según estudios previos, la incidencia varía de 1,6% a 7,7%. La migración del stent representa la complicación más común (incidencia global aproximada 10-11%) y puede ocurrir en cualquier momento después de la inserción de SEMS. Después de una revisión exhaustiva de la literatura, hemos documentado varios casos de migración o perforación de SEMS, aunque no hemos

encontrado casos de endoprótesis tutorizando el sigma a la luz del apéndice cecal. Se publican casos similares que involucran migración de stent intraluminal y perforación, pero se refieren a la endoprótesis biliar. Por lo tanto, la importancia de este caso clínico se basa en el hecho de que es el primer caso descrito.